



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
CHILDREN'S ADMINISTRATION
Office Mailing Address City State Zip Code

Date

Name and Mailing Address

Estimado First Name:

Gracias por solicitar su participación en el Programa de Cuidado Tutelar Extendido (EFC) en . Su solicitud para participar en el programa EFC fue denegada de acuerdo a la(s) siguiente(s) razón(es):

- Usted no cumple con uno de los requisitos de elegibilidad:
- Estar inscrito en la secundaria o un programa con Certificado de Equivalencia General.
 - Estar inscrito, solicitar o poder mostrar intención de inscribirse oportunamente en la universidad o un programa de educación vocacional.
 - Participar en un programa o actividad diseñado para promover el empleo o eliminar barreras al empleo.
- Tiene 19 años o más.
- Se niega a vivir en una vivienda supervisada y aprobada por el Departamento.
- Otro:

Si cree que hemos rechazado su solicitud por error, debe presentar a su Tribunal Superior local una Notificación de Intención para presentar una Petición de Dependencia dentro de 30 días y solicitar establecer una acción de dependencia del no menor. También puede solicitar que un abogado sea citado para representarlo en caso de petición de dependencia.

Atentamente,

Social Worker's Name, Title
Administración de Niños
555-555-5555

Cc: Archivo de caso